

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1. Latar Belakang**

Skizofrenia merupakan suatu sindrom klinis atau proses penyakit yang mempengaruhi persepsi, emosi, perilaku sosial dan kemampuan menerima realita dengan benar (Videbeck, 2008; Cerino *et.al.*, 2011; Wojciechowska *et al.*, 2016). *The Global Burden of Disease* yang merupakan organisasi yang disponsori WHO menyatakan bahwa skizofrenia merupakan salah satu dari sepuluh penyebab kecacatan di dunia, di antara usia 15-44 tahun (Towsend, 2014). Prevalensi skizofrenia di dunia berkisar 4-7 per 1000 orang atau 1 persen dari total populasi. Tetapi kondisi ini dapat menjadi kontributor utama sakit jiwa pada umumnya, karena onset kejadian terjadi pada masa dewasa awal dan gejalanya dapat bertahan ataupun berfluktuasi (Cerino *et.al.*, 2011; Townsed, 2014).

Data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas, 2013), menyebutkan bahwa prevalensi gangguan jiwa berat (termasuk skizofrenia) mencapai 1,7 per mil atau 1-2 orang dari 1.000 warga di Indonesia. Penderita gangguan jiwa berat termasuk skizofrenia di daerah pedesaan lebih tinggi dan yang pernah dipasung mencapai 18,2%, dibandingkan daerah perkotaan yang hanya mencapai 10,7%. Prevalensi masalah mental emosional yakni depresi dan ansietas sebanyak 11,60% dari jumlah penduduk Indonesia atau sekitar 24.708.000 jiwa. Prevalensi gangguan jiwa berat di Nusa Tenggara Timur (NTT) mencapai 1,6 per mil (1-2 orang dari 1000 penduduk).

Dari profil Dinas Kesehatan Kabupaten Sikka yang merupakan salah satu kabupaten di NTT, disebutkan bahwa selama tahun 2014 tidak

ada kunjungan pasien gangguan jiwa baik rawat jalan maupun rawat inap. Sedangkan kenyataannya banyak pasien gangguan jiwa yang dijumpai dijalanan dan di tempat-tempat umum bahkan ada yang dipasung. Dari pendataan yang dilakukan oleh Puskesmas Bola, pada bulan November 2016 ditemukan 99 pasien gangguan jiwa. Sampai saat ini, baru 5 (5%) orang yang menjalani pengobatan rutin sedangkan 94 (95%) belum pernah mendapatkan perawatan maupun pengobatan.

Skizofrenia merupakan suatu penyakit jiwa berat dan disebabkan oleh banyak faktor yakni faktor genetik, disfungsi biokimia, fisiologis dan stres psikososial (Maramis & Maramis, 2009; Townsend, 2014). Gejala utama skizofrenia berupa gangguan proses pikir, dimana pembicaraan sulit dimengerti, isi pikir yang tidak sesuai realita (delusi atau waham), disertai gangguan persepsi panca indera yaitu halusinasi, dan disertai tingkah laku yang aneh, seperti berbicara atau tertawa sendiri (APA, 2013; Birindelli *et.al.*, 2014). Gejala lain yang ditunjukkan penderita skizofrenia adalah perilaku kekerasan, yang merupakan bentuk keadaan emosi dari seseorang yang merupakan campuran perasaan frustrasi dan benci atau marah (Videbeck, 2011; Townsend, 2014).

Tanda dan gejala perilaku kekerasan sering ditunjukkan dengan perubahan perilaku seperti intonasi suara keras/mengancam, ekspresi tegang, gaduh gelisah, tidak bisa diam, mondar mandir, agresif, bicara dengan semangat dan gembira berlebihan serta kekacauan alam pikiran. Perilaku yang lebih membahayakan adalah kekerasan fisik terhadap diri sendiri, keluarga maupun masyarakat.

Penderita skizofrenia membutuhkan *treatment* untuk mengubah perilaku tersebut yang bukan hanya dilakukan di rumah sakit atau puskesmas tetapi dapat dilakukan oleh keluarga di rumah (Chan *et al.*,

2009; Johnson, 2012). Ini berarti keluarga berperan penting dalam perawatan dan pemulihan penderita. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa keluarga pasien adalah sumber utama dukungan dan pengasuhan untuk pasien psikiatri serta merupakan kelompok pemberi pelayanan terbesar karena sebagian besar pasien tinggal dan dirawat oleh keluarganya sendiri (Maldonado & Uri'zar, 2007; Tel *et al.*, 2010; APA, 2013; Stuart, 2013). Keluarga merupakan *support system* yang bisa diberdayakan karena keluarga merupakan bagian penting individu yang tidak dapat dipisahkan. Keluarga harus bersifat stabil dan mampu bertahan dalam setiap kondisi dengan harapan mampu menyelesaikan masalah yang ada (Friedman, 2010). Dukungan dari keluarga akan memberikan keberhasilan keluarga dalam merawat dan mengasuh penderita skizofrenia.

Merawat penderita skizofrenia menimbulkan banyak permasalahan bagi keluarga. Penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa keluarga mungkin mengalami disfungsi yang digambarkan sebagai gangguan psikologis selama merawat anggota keluarga dengan skizofrenia (Mitsonis *et al.*, 2012; Rodrigo *et al.*, 2013; Shah *et al.*, 2013), menurunnya kualitas hidup (Quah, 2014) serta menurunkan kualitas perawatan (Fleming *et al.*, 2006). Gangguan psikologis yang diderita antara lain stres, frustrasi, kurangnya interaksi sosial, menurunnya harga diri, depresi dan kecemasan (Cabral *et al.*, 2014).

Kecemasan merupakan keadaan emosi yang tidak memiliki obyek yang spesifik dan kondisi ini dialami secara subyektif (Stuart, 2009). Tinggal bersama dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia sering menimbulkan kecemasan. Sebanyak 66% dari pengasuh memiliki gejala kecemasan dalam merawat anggota keluarga yang mengalami

gangguan jiwa (Vazquez *et al.*, 2013). Keluarga harus berurusan dengan gejala kejiwaan pasien, perubahan dalam kualitas hubungan dengan pasien, perbedaan pendapat di antara anggota keluarga, stigma masyarakat, kurangnya dukungan, dan keterbatasan keuangan (Berry *et al.*, 2007).

Keluarga penderita skizofrenia juga mengalami beban yang sangat besar, yang memiliki efek negatif pada semua bidang kehidupan (Devaramane, 2011). Beban ini lebih dirasakan pada wanita, yaitu sebanyak 80% (Kuipers *et al.*, 2010), tetapi wanita juga lebih aktif dalam mencari pengobatan. Beban yang dimaksud adalah beban obyektif dan subyektif. Beban obyektif merupakan perubahan dan hambatan dalam kehidupan pengasuh dan keluarga serta aspek yang diamati dan diverifikasi sebagai beban keluarga, seperti perilaku yang mengganggu pasien, kesulitan ekonomi, keterbatasan dalam kehidupan sehari-hari, dan dampak negatif pada fisik dan kesehatan mental anggota keluarga, yang disebabkan oleh gangguan. Beban subyektif didefinisikan sebagai perasaan emosional dan sikap pengasuh tentang peran mereka, yang merupakan level subjektif dari beban yang dialami karena merawat pasien (Awad & Voruganti, 2008).

Adanya anggapan bahwa bila memiliki anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa adalah aib bagi keluarga juga menjadi beban pikiran keluarga (Ingkiriwang, 2010; WonPat-Borja *et al.*, 2012). Jika beban keluarga tinggi maka akan mempengaruhi perawatan penderita gangguan jiwa karena keluarga adalah *caregivers* utama yang akan meningkatkan risiko kekambuhan dan menyebabkan prognosis yang lebih buruk (Sadock and Sadock, 2010).

Hasil studi pendahuluan yang dilakukan oleh peneliti pada 8 keluarga pasien, 5 (62%) keluarga mengatakan merasa was-was, cemas dan khawatir dengan kondisi pasien. Keluarga juga mengatakan kadang-kadang merasa tidak tenang jika berada dekat pasien. Terkadang keluarga mengeluh sulit tidur dan memilih untuk menghindari kontak dengan pasien dan hanya kontak pada waktu tertentu saja. Mereka juga merasa trauma dan terbebani atas tindakan kekerasan yang dilakukan oleh pasien dan takut kalau kejadian itu terulang lagi. Beberapa keluarga juga mengatakan bahwa sakit yang dialami oleh anggota keluarga merupakan sakit akibat guna-guna atau santet sehingga keluarga tidak membawa ke sarana pelayanan kesehatan (puskesmas dan rumah sakit) apalagi sampai saat ini propinsi NTT belum memiliki rumah sakit jiwa. Pandangan masyarakat Bola secara umum menganggap bahwa bila salah seorang anggota keluarga menderita skizofrenia merupakan aib bagi penderita dan keluarganya. Gangguan ini masih menghasilkan kesalahpahaman, prasangka, kebingungan, dan ketakutan. Selain itu, gangguan jiwa juga dianggap penyakit yang disebabkan oleh hal-hal supranatural.

Kecemasan dan beban keluarga dapat teratasi dengan mengembangkan metode pemecahan masalah yang efektif (Maldonado & Uri'zar, 2007). Pedoman *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2014) untuk psikosis dan skizofrenia, secara khusus merekomendasikan intervensi yang ditargetkan pada keluarga, yaitu dengan terapi keluarga. Terapi keluarga atau lebih dikenal dengan *Family Psychoeducation* (FPE) merupakan intervensi profesional tertua yang diberikan kepada keluarga pasien. Terapi ini dikembangkan oleh Ackerman sejak tahun 1966 (Johnson, 2012) dan bertujuan untuk

memberikan informasi yang dibutuhkan, meningkatkan pengetahuan dan melatih keluarga sebagai mitra petugas kesehatan profesional dalam memberikan perawatan yang komprehensif terhadap pasien. Dengan menguatkan kemampuan coping, komunikasi dan penyelesaian masalah, diharapkan terjadi peningkatan kemampuan adaptasi individu (pasien) dan keluarga (Goldenberg, 2008; Bhattacharjee *et al.*, 2011).

*Family Psychoeducation* (FPE) dapat memberikan pemahaman yang mendalam tentang kondisi gangguan jiwa yang dialami sehingga pasien maupun keluarganya merasa lebih terkontrol dan kecemasannya menurun (Yadev & Kar, 2014). Selain itu, FPE juga dapat mengembangkan dan meningkatkan kemampuan keluarga dalam merawat penderita dan mengatasi masalah kesehatan jiwa dalam keluarga, mempercepat penyembuhan dan kemungkinan kambuh dapat dicegah (Pahlavanzadeh *et al.*, 2010).

Penelitian yang dilakukan oleh Nurbani (2009) menunjukkan bahwa FPE dapat mengurangi kecemasan keluarga dalam merawat pasien dengan penyakit fisik, menurunkan kekambuhan penderita depresi berat dewasa sebanyak 50% (Shimazu *et al.*, 2011). Sedangkan penelitian Gonzales (2010) menemukan bahwa FPE efektif menurunkan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga yang menderita gangguan jiwa atau *pschycosis*.

Mizuno *et al.*, (2012) melakukan penelitian pada keluarga penderitanya skizofrenia yang menjalani pengobatan di poliklinik sebuah rumah sakit di Tokyo dan menemukan bahwa FPE dapat menurunkan masalah psikologis keluarga dan pendekatan yang dilakukan secara kontinu dapat mendukung kesejahteraan keluarga dalam merawat penderita skizofrenia. Terapi FPE juga mampu menangani masalah

psikososial yang dialami oleh keluarga dalam merawat penderita skizofrenia yang sudah mendapatkan perawatan dan pengobatan (Maldonado & Uri´zar, 2007).

Berdasarkan uraian data dan fakta yang telah dipaparkan diatas, maka dapat diketahui bahwa FPE sangat efektif mengatasi masalah psikososial keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit fisik maupun mental seperti skizofrenia yang sudah pernah mendapatkan perawatan dan pengobatan di sarana kesehatan. Namun, mengingat bahwa sejauh ini di beberapa daerah tertentu masih banyak penderita skizofrenia yang belum mendapatkan perawatan dan pengobatan maka peneliti tertarik untuk meneliti lebih dalam mengenai pengaruh terapi FPE terhadap kecemasan dan beban keluarga dalam merawat penderita skizofrenia yang belum pernah mendapatkan perawatan dan pengobatan.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan fenomena di atas, peneliti merumuskan masalah penelitian ini adalah “apakah terdapat pengaruh terapi FPE terhadap penurunan kecemasan dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia di Kecamatan Bola?”

## **1.3 Tujuan Penelitian**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah mengetahui pengaruh terapi FPE terhadap penurunan kecemasan dan beban keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan skizofrenia.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

1. Mengukur kecemasan keluarga sebelum dan sesudah terapi FPE pada kelompok perlakuan dan kontrol
2. Mengukur beban keluarga sebelum dan sesudah terapi FPE pada kelompok perlakuan dan kontrol
3. Menganalisis perbedaan selisih kecemasan keluarga sebelum-sesudah intervensi pada kelompok perlakuan dan kontrol
4. Menganalisis perbedaan selisih beban keluarga sebelum-sesudah intervensi kecemasan keluarga pada kelompok perlakuan dan kontrol

## **1.4 Manfaat Penelitian**

### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Menambah ilmu pengetahuan mengenai FPE sehingga dapat dijadikan sebagai panduan perawat dalam memberikan intervensi kepada keluarga dengan anggota keluarga yang mengalami skizofrenia.

### **1.4.2 Manfaat praktis**

Penelitian ini dapat dijadikan sebagai acuan terutama bagi para perawat di puskesmas agar memberikan asuhan keperawatan kepada masyarakat, keluarga, kelompok dan individu yang mengalami skizofrenia dan gangguan jiwa lainnya dengan penuh tanggung jawab serta memperhatikan masalah psikososial agar tercipta masyarakat yang sehat jiwa.